AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 1848000251359

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2025-09-21

Número de Identificação Fiscal e Nome Completo

331406594 CAROLINA MONTEIRO DA SILVA

Domicílio Fiscal

Res. Estrangeiro: Sim

País Resid.: BRASIL **Região/Território:**

Residência (Morada no Estrangeiro)

Morada: RUA WENCESLAU BRAS 17 CASA PARQUE ESTRELA DUQUE DE CAXIAS 25275-160 RIO DE JANEIRO

Cidade: DUQUE DE CAXIAS 25275-160 RIO DE JANEIRO

Código Postal:

Província:

Serv. Finanças: 1848 - PAREDES

Outros Contactos

Telefone: **E-mail:**

Local de Nascimento

Concelho:

Freguesia:

País: BRASIL

Nacionalidade

Outra

Data Nascimento

1981-06-30

Sexo

Feminino

Tipo de Cartão

Doc. Identificação

Tipo de Documento: Passaporte

Número de Documento: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Número de Identificação Bancária Internacional (IBAN)

País: **NIB:** **SWIFT/BIC:** **Moeda:**

Representante

Número Fiscal: 515615587

Nome Completo: ASSUNTO HABITUAL UNIPESSOAL LDA

Morada: AVENIDA COMENDADOR ABILIO SEABRA CENTRO COMERCIAL VALE DO SOUSA LOJA 132 1 ANDAR PAREDES

Localidade: PAREDES

Código Postal: 4580-029 PAREDES

Gestor de Bens ou Direitos

Número Fiscal: **Nome:**

AT autoridade tributária e aduaneira

Registo Central de Contribuinte

Documento Provisório de Identificação

Número de Documento: 1848000251359

Este documento substitui o cartão de identificação fiscal até à data de 2025-09-21

Incapacidade

Tipo: Sem Incapacidade **Grau Incapacidade:** % **Deficiente das Forças Armadas:**

Período de Incapacidade: **a**

Dados de Residente Não habitual

Período de vigência: **a**

Comprov. residência Estrangeira:

País Residência Estrangeira:

Actividade Valor Acrescentado

Código	Descrição	Data Início	Data Fim

Entidade Patronal de Residente não habitual

NIPC/NIF:

Nome :

Contribuinte

Declaro ser esta a primeira inscrição que faço para efeitos de atribuição de Número Fiscal de Contribuinte - Pessoa Singular, e que as declarações nela expressas correspondem à verdade sem qualquer omissão em relação às mesmas.

Data: ____|____|____

Ass.: _____

Quando apresentado por um representante ou gestor de negócios

Número Fiscal: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome: _____

Serviço de Finanças

1848 - PAREDES

Data: 2025-03-25

Assinatura do funcionário:

_____